UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 36

LA MORTALITÉ des PUPILLES des BOUCHES-DU-RHONE

AU COURS DE LEUR PREMIÈRE ANNÉE

Ses Causes & Ses Remèdes

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1924

PAR

M. Edmond LE BAIL

Né à Montsurs (Mayenne) le 6 Août 1883

Licencié ès-sciences

Décoré de la Croix de Guerre

Sous-Inspecteur de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	LEENHARDT, professeur,	*Président.*
	GAUSSEL, professeur.	
	BOUDET, agrégé.	*Assesseurs*
	CARRIEU, agrégé.	

MARSEILLE

IMPRIMERIE NOUVELLE (ASSOCIATION OUVRIÈRE)

29-31, rue Sainte, 29-31

1924

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0030

LA MORTALITÉ DES PUPILLES des BOUCHES-DU-RHONE

AU COURS DE LEUR PREMIÈRE ANNÉE

Ses Causes — Ses Remèdes

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE — N° 36

LA MORTALITÉ des PUPILLES des BOUCHES-DU-RHONE

AU COURS DE LEUR PREMIÈRE ANNÉE

Ses Causes & Ses Remèdes

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1924

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

M. Edmond LE BAIL

Né à Montsurs (Mayenne) le 6 Août 1883

Licencié ès-sciences

Décoré de la Croix de Guerre

Sous-Inspecteur de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

LEENHARDT, professeur, *Président.*
GAUSSEL, professeur.
BOUDET, agrégé.
CARRIEU, agrégé.

Assesseurs

MARSEILLE
IMPRIMERIE NOUVELLE (ASSOCIATION OUVRIÈRE)
29-31, rue Sainte, 29-31

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS
Histologie	VIALLETON
Physiologie	Ch. HEDON
Chimie biologique et médicale	DERRIEN
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD
Thérapeutique et matière médicale	VIRES
Hygiène	H. BERTIN-SANS
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Clinique médicale	DUCAMP, VEDEL
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assessr*, ESTOR
Clinique obstétricale	VALLOIS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*
Clinique ophtalmologique	TRUC
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU
Clinique gynécologique	De ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN
Pathologie externe	ETIENNE
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Matière médicale	CABANNES
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HÉDON
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT, GIRAUD, BOUDET, CARRIEU	Chirurgie	MM. RICHE, ETIENNE, LAPEYRE
Anatomie	J. DELMAS	Physique	LAMARQUE
Chimie	FLORENCE	Histologie	TURCHINI
Histoire natur.	GALAVIELLE, CABANNES	Ophtalmogie	VILLARD
		Physiologie	L. HÉDON

Examinateurs de la thèse :

MM. LEENHARDT, profr, *président* — MM. BOUDET, agrégé
GAUSSEL, professeur — CARRIEU, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

QUI NE SONT PLUS DE CE MONDE

A M. Xavier ROUVEYRE

Inspecteur départemental de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Chevalier du Mérite agricole
Lauréat de l'Académie de Médecine

qui, pendant quatorze ans, a mis sa haute compétence administrative, sa longue expérience, sa bonté native, son dévouement au service des Pupilles de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône.

Modeste collaborateur de M. X. ROUVEYRE, *depuis quatre ans, j'ai pu, ainsi que tout son personnel, apprécier ses grandes qualités de cœur et sa conscience professionnelle.*

L'inexorable loi sur les mises à la retraite vient malheureusement de nous priver de ce chef vénéré et de l'obliger à prendre un repos bien mérité.

Que M. X. ROUVEYRE *veuille bien recevoir l'expression émue de la gratitude et de la sincère affection de son Sous-Inspecteur.*

E. LE BAIL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEENHARDT

Professeur de clinique des maladies des enfants
à la Faculté de Médecine de Montpellier

HOMMAGE RESPECTUEUX.

A MON JURY DE THESE

E. LE BAIL.

LA MORTALITÉ DES PUPILLES des BOUCHES-DU-RHÔNE

AU COURS DE LEUR PREMIÈRE ANNÉE

Ses Causes — Ses Remèdes

La Mortalité des Pupilles des Bouches-du-Rhône et la Statistique officielle

En France, les Pupilles de l'Assistance Publique représentent environ 150.000 unités, avec, annuellement, 20.000 entrées et, à peu près, le même nombre de sorties.

L'étude de la mortalité qui frappe cette catégorie d'enfants au cours de la première année de leur existence présente, par suite, un réel intérêt, puisqu'elle constitue un élément des plus appréciables dans le mouvement de la population française, et, disons-le, dans l'arrêt actuel du chiffre de cette population.

Nous n'avons pas la prétention de procéder ici à une étude générale de ce vaste sujet. Nous allons nous borner à l'examiner sur l'une de ses faces, non des moins intéressantes, soit par les chiffres importants qu'elle nous fournit, soit par les particularités qu'elle présente, et nous pensons que cet examen fragmentaire d'une situation générale vraiment angoissante, est susceptible de jeter un jour suffisant et sur le mal qu'elle révèle, et sur les remèdes propres à l'atténuer.

Pour atteindre ce but, nous avons choisi, comme sujet de cette étude, la mortalité qui frappe les pupilles du département des Bouches-du-Rhône au cours de leur première année. La collabo-

ration que nous donnons à ce service depuis plusieurs années nous permet d'en parler en toute connaissance de cause. Son importance numérique, son recrutement pupillaire, dans une agglomération essentiellement cosmopolite de près de 800.000 habitants, donneront à ce travail un caractère peut-être un peu exceptionnel, mais particulièrement intéressant, et, si ses résultats ne peuvent servir de prototype pour l'ensemble de l'Assistance Publique française, ils démontreront, toutefois, que, dans le milieu où nous allons évoluer, le mal est grand, la plaie est vaste et qu'il reste beaucoup à faire pour porter remède à une situation que nous pouvons qualifier de lamentable et d'inquiétante.

Aucune éloquence ne vaut celle des chiffres et, ce que nous allons exposer dans la première partie de cette étude, ce sont surtout des chiffres, dont l'éloquence sera d'autant plus convaincante que leur exactitude, appuyée sur des documents officiels, est absolument inattaquable.

L'étude de la mortalité infantile n'offre un réel intérêt qu'au cours de la première année de la naissance, pendant laquelle l'enfant présente la moindre force de résistance, en raison de la fragilité de ses organes essentiels, alors qu'il a à lutter contre les innombrables affections qui assaillent la première enfance.

Les statistiques établissent, en effet, qu'après avoir franchi ce cap des tempêtes des nouveau-nés, l'enfant est plus résistant et sa mortalité décroît brusquement d'environ 50 %.

Mais, il importe, au début de cette étude, d'examiner la valeur que présente la méthode officielle appliquée au calcul de la mortalité infantile. Cette méthode consiste à faire porter l'observation sur la période invariable du premier janvier au trente et un décembre, au cours de laquelle l'enfant est né et a été admis à l'Assistance Publique et à solutionner ainsi ce problème : « Combien, parmi les enfants *nés et admis* du 1er janvier au

31 décembre 192.. sont décédés au cours de cette même période ? ». Et l'on dénomme le résultat ainsi obtenu : « *Mortalité des pupilles de* 0 *à* 1 *an* ».

Nous ne saurions faire trop de réserves au sujet de cette façon, par trop simpliste, de calculer la mortalité infantile. Il saute, en effet, aux yeux des moins clairvoyants et des moins avertis, qu'une telle méthode de calcul est on ne peut plus vicieuse et ne saurait l'être davantage, même si l'on voulait cacher une partie de la vérité, ce qui n'est certainement pas dans l'intention de l'Administration.

Si le chiffre diviseur de cette opération mathématique, chiffre qui représente le nombre d'enfants *nés et admis* du 1er janvier au 31 décembre, est irréprochable, il n'en est pas de même du chiffre dividende exprimant le nombre de leurs décès, lequel ne tient aucun compte des décès survenus parmi ces enfants après le 31 décembre de l'année de leur naissance et qui, cependant, se sont produits avant qu'ils aient atteint le terme de leur première année.

En somme, une telle statistique n'a que la valeur d'un terme de comparaison avec celle appliquée aux autres départements par la même méthode de calcul, mais, elle ne fournit pas le renseignement qui seul importe en l'occurrence, à savoir : « *Combien, sur* 100 *pupilles nés et admis du* 1er *janvier au* 31 *décembre, sont décédés avant d'avoir atteint le terme de leur première année ?* ».

Nous essaierons, au cours de cette étude, de corriger et de compléter la statistique officielle en présentant la mortalité des pupilles de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône, sous une forme serrant la vérité d'aussi près que possible, de façon à ce que l'on puisse se faire une opinion exacte de l'étendue d'un mal qui n'est pas sans inspirer les plus légitimes inquiétudes.

Mortalité réelle des Pupilles des Bouches-du-Rhône de 0 à 1 an

Pour donner à notre travail une ampleur suffisante, et ne pas localiser nos observations sur un trop court laps de temps, nous les ferons porter sur la dernière période décennale 1913-1923.

Au cours de ces dix dernières années, il a été admis à l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône, pendant l'année de leur naissance, toutes catégories comprises : (trouvés, abandonnés, orphelins, en dépôt provisoire, etc...), 6.667 enfants.

Ces 6.667 enfants se répartissent de la manière suivante et sont décédés dans les proportions ci-après :

Années	Admissions	Décès	Mortalité %
1913	690	279	40.43 %
1914	692	315	45.52 %
1915	549	273	49.54 %
1916	552	273	49.45 %
1917	608	325	53.45 %
1918	730	462	62.28 %
1919	577	373	64.64 %
1920	706	483	68.41 %
1921	570	332	58.24 %
1922	498	252	50.60 %
1923	482	295	59.59 %
	6.667	3.662	Moyenne 54.92 %

Il s'agit bien ici, nous ne saurions trop le faire observer, de la méthode officielle appliquée au calcul de la mortalité infantile, et, nous l'avons déjà dit, cette méthode est vicieuse et ne permet de connaître qu'une partie de la vérité.

Elle est vicieuse par sa simplicité même qui néglige de rechercher ce qu'est devenu l'enfant né et admis, par exemple, pendant le mois de décembre, dont l'unité concourt bien à former le chiffre diviseur, mais, dont le décès, peut être survenu au cours du mois de janvier de l'année suivante, n'est pas compris dans le chiffre dividende. Elle est vicieuse pour d'autres raisons : parce qu'elle englobe sous une même dénomination : « *Enfants Assistés* » toutes les catégories d'enfants admis à l'Assistance Publique : les enfants dits *Trouvés,* c'est-à-dire nés de père et mère inconnus; les *Abandonnés,* les plus atteints par les tares originelles, et, aussi, les *Orphelins,* et les *enfants admis en dépôt,* dont le plus grand nombre sont des enfants légitimes, les moins exposés aux risques de décès.

Elle est vicieuse, enfin, parce que les unités formant le chiffre diviseur, c'est-à-dire les enfants nés et admis au cours d'une même année, y sont groupés avec une valeur égale, quel que soit l'âge de l'enfant au moment de son admission, quelle que soit la durée de son séjour à l'Assistance.

Il va de soi, en effet, que l'enfant né le 5 janvier, par exemple, admis à l'Assistance Publique le 20 décembre de la même année, n'a couru que de faibles risques de décès pendant son court séjour dans le service avant le terme de sa première année, si on le compare à l'enfant né le 5 janvier et admis à l'Assistance quelques jours seulement après sa naissance.

Cette manière de calculer la mortalité infantile présente bien d'autres défectuosités dont nous parlerons plus loin, mais, comme aucune statistique n'est parfaite, nous allons nous borner à corriger celle-ci dans toute la mesure du possible, de manière à ce que ses résultats se rapprochent le plus d'une vérité que nous avons un réel intérêt à connaître sans en rien dissimuler.

Le défaut capital de la statistique officielle est de ne considérer les faits, ainsi que nous le disons plus haut, qu'au cours

de la période invariable du 1er janvier au 31 décembre de chaque année.

L'Inspection de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône a pensé, avec juste raison, que ce n'était là qu'une apparence de vérité et a voulu pousser plus loin l'observation.

Pour cela, elle a, à plusieurs reprises, calculé la mortalité des enfants de 0 à 1 an, en observant chaque enfant présent dans le service depuis le jour de son admission jusqu'au jour où il doit atteindre sa première année, ce jour appartînt-il à l'année qui suit celle de la naissance.

L'expérience, appliquée aux enfants nés et admis au cours de l'année 1913, donne les résultats suivants :

Nombre d'enfants nés et admis en 1913..... 690

Sont décédés dans le service avant d'avoir atteint l'âge d'un an..... 343

Ont été remis à leurs parents avant d'avoir atteint l'âge d'un an..... 89

Si nous négligeons de tenir compte du facteur important résultant de la remise à leurs parents de 89 enfants avant l'âge d'un an, qui allège d'autant la mortalité constatée dans le service de l'Assistance, nous remarquons, néanmoins, que parmi les 690 enfants nés et admis en 1913, 343 sont décédés avant d'avoir atteint l'âge d'un an, ce qui donne un pourcentage de 49,71 %, alors que la statistique suivant la méthode officielle n'accuse pour l'année 1913, qu'une mortalité de 40,43 %.

La même méthode de calcul appliquée à plusieurs des années suivantes, donne des résultats semblables.

En 1914.....	55,21 %	au lieu de	49,52 %
1915.....	56.64 %	—	49,54 %
1916.....	59,60 %	—	49,45 %
1919.....	83,48 %	—	64,64 %
1920.....	75,35 %	—	68,51 %
1922.....	66,14 %	—	58,24 %

Il existe donc un écart de 7 à 10 % entre la statistique officielle et celle appliquée ci-dessus à la mortalité de 0 à 1 an.

Mortalité des Pupilles des Bouches-du-Rhône de 0 à 1 an d'après leur état civil

La mortalité infantile est variable selon l'état-civil de l'enfant.

Pour nous en tenir à la méthode officielle, voici, pour quelques années observées, quelle a été cette mortalité :

	Enfants légitimes	Enfants naturels	Enfants sans filiation
En 1913.....	29,60 %	41,62 %	44,08 %
1914.....	41,32 %	44,23 %	59,33 %
1916.....	39.62 %	51,91 %	68,04 %
1917.....	54,76 %	55,18 %	61,86 %

L'enfant légitime est, on le voit, généralement le plus favorisé, par la raison qu'il a échappé à de multiples risques de mortalité : privations subies par la mère, manœuvres abortives non couronnées de succès, tares héréditaires qui atteignent plus gravement la catégorie des enfants naturels, mais, surtout, celle des enfants sans filiation, c'est-à-dire nés de père et mère inconnus.

Les décès des enfants de l'Assistance Publique de 0 à 1 an se produisent soit à la Crèche Départementale, avant tout placement, soit chez les nourrices à la campagne, à qui un certain nombre sont confiés.

Examinons comment, à ce point de vue, se répartissent les décès constatés par la méthode officielle.

Mortalité des Pupilles des Bouches-du-Rhône de 0 à 1 an à la Crèche Départementale

La mortalité de la Crèche Départementale et, pour les années 1917-18-19 et 20, à la Crèche d'Aix, avant tout placement en nourrice, a été la suivante :

	Nombre d'enfants	Nomb; de décès	Mortalité
1913	690	155	22,46 %
1914	692	231	33,35 %
1915	549	174	31,69 %
1916	552	204	36,95 %
1917	608	292	48,02 %
1918	730	423	57,94 %
1919	577	344	59,61 %
1920	706	407	56,84 %
1921	570	279	48,94 %
1922	498	221	44,37 %
1923	495	285	57,41 %

Mortalité des Pupilles des Bouches-du-Rhône de 0 à 1 an en placement à la campagne

Voici quelle a été la mortalité parmi les enfants envoyés en nourrice dans les communes des agences des Alpes, de la Drôme et de l'Ardèche :

ANNÉES	NOMBRE D'ENFANTS PLACÉS		NOMBRE DE DÉCÈS		MORTALITÉ	
	Au sein	Au biberon	Au sein	Au biberon	Au sein	Au biberon
1913	146	285	24	110	16.43 %	38.59 %
1914	82	234	15	70	18.29	29.91
1915	95	170	26	73	27.89	42.94
1916	54	192	5	64	9.25	33 33
1917	31	142	3	30	9.67	21.12
1918	25	114	4	34	16.	29.82
1919	25	76	6	23	24.	30.26
1920	19	126	0	56	00.	44 44
1921	30	125	6	47	20.	37.52
1922	29	71	8	23	27.58	32.39
1923	16	21	2	8	12.50	38.01
	552	1556	99	538	Mortalité moyenne 17.93 %	34.57 %
	2108		637		30.21 %	

Les deux tableaux qui précèdent présentent une particularité qui appelle l'attention.

Au cours de la dernière période décennale, le nombre d'enfants de 0 à 1 an n'a subi que de faibles variations et a atteint son maximum en 1918, c'est-à-dire à l'issue de la guerre.

Le nombre des décès à la Crèche Départementale ou à la Crèche annexe d'Aix n'a cessé de s'accroître, et est passé de 155 à 285, après avoir atteint le chiffre de 423 en 1918, au cours de la guerre. Cette mortalité se traduit par 22,46 % en 1913, 59,61 % en 1918, et 57,41 % en 1923.

Cet accroissement de la mortalité, avant tout placement en nourrice, est expliqué et est compensé partiellement par les résultats du deuxième tableau, d'après lesquels les placements en nourrice à la campagne, soit au sein, soit au biberon n'ont

cessé de décroître au cours de la même période de 1913-1923. Ce nombre, qui était de 431 en 1913, n'a plus été que de 37 en 1923, avec une moyenne de 26 % au sein et 74 % au biberon. Le nombre des décès en placement s'est nécessairement abaissé en raison directe de la diminution du nombre des enfants envoyés en nourrice, et leur mortaité n'a pas présenté, dans son ensemble, une variation bien appréciable. Cette mortalité a été, en moyenne, de 17,93 % au sein, 34,57 % au biberon, soit une moyenne générale de 30,21 %.

La diminution considérable — disons la presque disparition totale — des placements en nourrice à la campagne, surtout des placements au sein, est due à plusieurs causes : à l'abaissement du chiffre de la natalité, même dans les campagnes, et, partant, du nombre des nourrices au sein, mais, surtout, au bien-être qui, depuis plusieurs années, règne parmi les populations agricoles et les détourne de l'industrie nourricière, complément de ressources dont ces populations n'ont plus besoin pour assurer ou améliorer leur existence. Ceci explique d'ailleurs la hausse excessive des prix demandés par les nourrices à la campagne, même dans les régions éloignées des Alpes ou de l'Ardèche, où se recrutent celles de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône. Ces salaires qui, avant la guerre, oscillaient entre 30 à 40 francs par mois au sein et 20 et 25 francs au biberon, sont actuellement de 150 à 180 fr. au sein, et de 100 à 120 fr. au biberon.

Mais, ces deux causes n'auraient pas été de nature à tarir à ce point le recrutement des nourrices nécessaires à l'Assistance Publique et l'Administration aurait pu s'en procurer un nombre plus considérable — en fait, elle a dû en refuser un certain nombre, même au sein — si le nombre des enfants à placer en nourrice n'avait été lui-même réduit dans une énorme proportion, pour les deux motifs suivants :

Maintien des Pupilles de 0 à 1 an à la Crèche Départementale jusqu'à l'âge de 6 mois

Depuis quelques années, M. le docteur CASSOUTE, l'éminent praticien, Médecin en Chef de la Crèche Départementale, a estimé que l'envoi des pupilles nouveau-nés en nourrice dans les communes des agences des Alpes et de l'Ardèche, à une époque trop rapprochée de leur naissance, constituait un important facteur de mortalité, quelque inférieure que fût la mortalité de cette catégorie d'enfants, par rapport à la mortalité générale des enfants de 0 à 1 an : (30 % en moyenne au lieu de 55 %). Il considérait cet écart comme insuffisant, étant donné que les enfants jugés aptes à être envoyés en nourrice étaient choisis parmi les plus résistants, les mieux portants, atteignant un poids normal et dont les conditions générales devaient faire espérer la survie probable. Il estimait, d'autre part, que l'allaitement au biberon, dans les régions de placement, tendant à se substituer dans une proportion énorme à l'allaitement au sein, ne pouvait qu'aggraver cette mortalité; qu'enfin, les fatigues d'un transport à plus de 200 kilomètres, en toute saison, l'inobservation des règles de l'hygiène de la part des nourrices et, souvent, leur incapacité notoire, ne pouvaient que provoquer chez les nouveau-nés des affections graves : broncho-pneumonie, gastro-entérite, etc..., et étaient autant de motifs de retarder le placement des pupilles nouveau-nés, ces derniers pouvant, même avec l'allaitement artificiel, le seul actuellement pratiqué à la Crèche Départementale, où se trouvaient avant la période de guerre 60 nourrices sédentaires au sein, recevoir dans cet établissement les soins hygiéniques, une alimentation rationnelle et appropriée de nature à réduire leur mortalité. Cette opinion acquérait plus de valeur encore du fait que la Crèche Départementale bénéficiait

d'une installation moderne irréprochable et susceptible d'assurer aux nouveau-nés l'isolement suffisant, tous les soins désirables et présentait pour eux les meilleures garanties.

A ce facteur de diminution très important du nombre des pupilles nouveau-nés envoyés en nourrice à la campagne, s'en ajoute un second qui, loin d'être négligeable, exerce une réelle influence sur la situation que nous venons d'exposer.

L'Abri Maternel

Nous voulons parler de la création dans les locaux de la Crèche Départementale de « L'Abri Maternel » qui permet de recevoir la mère et l'enfant à leur sortie de la Maternité et assure à ce dernier l'allaitement maternel au sein, pendant une durée de six mois. Ce nouvel établissement est de nature à réduire, et réduit, en fait, le nombre des abandons et le nombre des décès, ainsi qu'on le verra ci-après. La mère est logée, nourrie, blanchie et reçoit, pour allaiter son propre enfant, un salaire de 75 francs par mois, porté à 80 francs si elle peut donner le sein à un autre enfant privé de nourrice.

« L'Abri Maternel » fonctionne, en fait, depuis 1913, mais n'a été officiellement créé et organisé qu'en 1921, par arrêté préfectoral du 5 août 1921.

Voici les résultats obtenus de ce chef, de 1913 à 1923 :

Nombre d'enfants admis à « L'Abri Maternel »	903
Nombre de décès	63
Nombre d'enfants laissés à l'Assistance	509

Cette statistique fait ressortir une mortalité de 6,33 % et le nombre d'abandons à 70,07 %.

Cette mortalité paraîtra très faible, si nous observons qu'elle s'applique exclusivement à des enfants de moins de six mois, période où les risques de décès sont les plus nombreux.

Mais, les résultats du fonctionnement de « L'Abri Maternel » sont autrement favorables, si nous les observons au cours des deux dernières années, c'est-à-dire depuis son organisation actuelle.

Ces résultats sont les suivants :

Nombre d'enfants admis en 1922 et 1923.....	191
Décédés à « L'Abri Maternel ».....	13
Laissés à l'Assistance Publique.....	10
Ce qui donne une mortalité de.....	6,80 %
et une proportion d'abandons de.....	5,23 %

On voit tout le bénéfice que peut retirer l'Assistance Publique de l'application d'une semblable méthode qui tend à réduire la mortalité à sa plus simple expression et supprime à peu près complètement les abandons d'enfants nouveau-nés admis à « L'Abri Maternel ».

Aggravation de l'état sanitaire des nouveau-nés au moment de leur abandon

Il semble que ces deux mesures : ajournement de l'envoi en nourrice à la campagne jusqu'à l'âge de 5 ou 6 mois, hospitalisation de la mère et de l'enfant à « L'Abri Maternel » jusqu'au sixième mois, auraient dû être de nature à réduire considérablement la mortalité générale des pupilles nouveau-nés de 0 à 1 an.

L'expérience prouve qu'il n'en est malheureusement pas ainsi.

En 1913, alors que 431 enfants, soit les 62,46 %, étaient envoyés en nourrice à la campagne, sur les 690 admis à l'Assis-

tance Publique, alors, surtout, que « L'Abri Maternel » n'existait pas, la mortalité générale des pupilles de 0 à 1 an, était de 40,43 %.

En 1923, alors que les envois en nourrice à la campagne ont presque complètement disparu (37 sur 482 enfants, soit 7,46 %), alors, surtout, que le fonctionnement de « L'Abri Maternel » bat son plein, la mortalité de 0 à 1 an a été de 59,59 %.

Il semble bien, par suite, que le premier moyen tenté pour lutter contre cette mortalité, c'est-à-dire l'ajournement de l'envoi en nourrice jusqu'à l'âge de 5 ou six mois, n'a pas produit le résultat escompté, ou plutôt, disons-le, accuse un résultat contraire, puisque la mortalité générale en 1923 a été supérieure à celle de 1913, soit : 59,59 % au lieu de 40,43 %.

Et il convient de ne pas oublier que ce coefficient de mortalité de 59,59 % en 1923, bénéficie dans une forte proportion de la présence à la Crèche Départementale des 93 enfants de « L'Abri Maternel », parmi lesquels 7 seulement sont décédés. Ces 93 enfants étant compris dans l'ensemble de l'effectif pour le calcul de la mortalité générale entachent d'erreur et d'inexactitude le taux véritable de cette mortalité.

Si, en effet, nous défalquons de notre statistique de mortalité de 1923 ces 93 enfants, dont la situation ne saurait être assimilée à celle des enfants abandonnés, puisque allaités par leurs mères, de même que leurs décès, nous obtenons le coefficient de mortalité ci-après :

495 — 93 = 402 enfants de 0 à 1 an
295 — 7 = 288 décès de 0 à 1 an
Mortalité : 71,64 %

Telle a été la mortalité des pupilles de 0 à 1 an en 1923, alors qu'en 1913, année où « L'Abri Maternel » n'existait pas, cette mortalité n'accusait qu'un coefficient de 40,43 %.

En 1913, sur un effectif de 690 enfants de 0 à 1 an, 431 ont été placés en nourrice à la campagne, dont 34 % au sein et

66 % au biberon, la mortalité générale a été de 40, 43 %, alors que la Crèche Départementale n'avait qu'une installation provisoire, incomplète, défectueuse, alors, surtout, que « L'Abri Maternel » n'y fonctionnait pas.

En 1923, sur un effectif de 482 enfants de 0 à 1 an, 37 ont été envoyés en nourrice à la campagne, dont 16 au sein (43 %) et 21 au biberon (57 %), la mortalité générale a été de 59,59 %, alors que la Crèche Départementale possède une installation moderne, irréprochable, alors, surtout, que les 93 enfants de « L'Abri Maternel » y ont reçu l'allaitement maternel au sein.

Il n'est pas douteux qu'à un intervalle de dix années, la situation s'est aggravée, malgré les mesures que nous venons d'énumérer. Faut-il attribuer cette situation à la disparition complète de l'allaitement au sein à la Crèche Départementale pour tous les nouveau-nés, confiés à l'Assistance Publique ?

La disparition de l'allaitement au sein à la Crèche Départementale, où se trouvaient il y a dix ans une soixantaine de nourrices sédentaires, n'est certainement pas étranger à la mortalité qui y sévit.

Quant à l'état sanitaire des nouveau-nés au moment de leur admission, nous allons essayer d'examiner le rôle que ce facteur a pu jouer dans l'état de choses que nous venons d'exposer.

L'état sanitaire des enfants nouveau-nés confiés à l'Assistance Publique est révélé d'une façon générale par leur poids au moment de leur abandon : « Le poids de l'enfant au moment de l'admission, s'il ne peut être considéré *a priori* comme un critérium absolu quant aux chances de survie qu'il confère à l'enfant ou aux risques de décès qu'il lui fait courir, n'en exerce pas moins, dans les deux cas, une influence incontestable ». (Rapport de M. l'Inspecteur départemental de 1917).

Influence exercée sur la mortalité des pupilles nouveau-nés par l'indice de leur poids à l'admission

Or, examinons l'influence exercée sur la mortalité par l'insuffisance du poids de l'enfant depuis l'année 1913 :

ANNÉES	Nombre total d'enfants de 0 à 1 an	Pesant moins de 1000 gr.		Pesant de 1000 à 2000 gr.		Pesant de 2000 à 3000 g	
		Nombre	Mortalité	Nombre	Mortalité	Nombre	Mortalité
1913	690	1	100 %	32	75 %	155	40 %
1915	549	3	100	34	91.17	165	59.35
1918	730	6	83.33	41	87.80	241	72.15
1919	577	1	100	27	92.59	276	72.13
1920	706	1	100	45	82.20	363	75.75
1921	570	2	100	41	95.12	266	68.42
1922	498	0	—	31	90.32	224	65.17
1923	482	3	100	24	100	159	77.98

Si nous en jugeons par les chiffres qui précèdent, l'état sanitaire des enfants, fourni par l'indice de leur poids au moment de leur admission, ne paraît pas s'être amélioré depuis 1913. A ce point de vue, l'année 1923 semble avoir été la plus défavorable.

Les chiffres ci-après résument la situation générale depuis 1913 et établissent que, si les moyens employés pour réduire la mortalité n'ont pas produit les résultats espérés, c'est qu'ils ont été paralysés par l'aggravation de l'état sanitaire des enfants remis à l'Assistance Publique depuis cette époque.

Année	Nombre d'enf. admis de 0 à 1 an	Pesant moins de 3 000 gr.	Proportion pour 100
1915	549	204	37,15 %
1918	730	271	37,12 %
1919	577	304	52,68 %
1920	706	409	57,93 %
1921	570	309	54,21 %
1922	498	255	51,20 %
1923	482	186	38,58 %

Mortalité des pupilles nouveau-nés causée par les tares héréditaires et congénitales

Si nous voulons une nouvelle preuve de l'influence qu'exerce sur la mortalité des enfants de 0 à 1 an leur état constitutionnel au moment de leur abandon, nous n'avons qu'à jeter les yeux sur les chiffres ci-après indiquant le nombre de décès imputables à la débilité congénitale médicalement constatée au moment de leur admission :

En	1913.....	60	sur	279	décès,	soit	21,50 %
	1914.....	140	—	315	—	—	44,44 %
	1915.....	112	—	273	—	—	41,02 %
	1916.....	89	—	273	—	—	32,60 %
	1917.....	107	—	325	—	—	32,92 %
	1918.....	126	—	462	—	—	27,27 %
	1919.....	173	—	373	—	—	46,38 %
	1920.....	228	—	483	—	—	47,20 %
	1921.....	149	—	332	—	—	44,87 %
	1922.....	119	—	252	—	—	47,22 %
	1923.....	129	—	295	—	—	43.72 %

Mais, la débilité congénitale n'est pas le seul facteur de mortalité des pupilles de 0 à 1 an. Si nous négligeons les causes accidentelles de décès provoquées soit par les affections du tube digestif, des voies respiratoires, etc., pour ne retenir que celles dues aux affections héréditaires ou congénitales, voici quelle a été la mortalité constatée parmi ces enfants au cours de la dernière période décennale et attribuée aux trois affections ci-après : athrepsie, syphilis héréditaire et tuberculose.

	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Athrepsie	20	15	16	30	25	26	13	4	3	6	39
Syphilis héréditaire	18	22	20	23	10	8	26	34	13	7	14
Tuberculose...	6	10	9	7	3	5	5	2	4	5	—
	44	47	45	60	38	39	44	40	20	18	53
Nombre total des décès de 0 à 1 an...	279	315	273	273	325	462	373	483	332	252	295
Proportion p.°/₀.....	15 77	14,92	16,48	21,97	11,69	8 44	11,79	8,28	6,00	7,14	17,96

Enfin, pour concrétiser les faits que nous venons d'exposer, il nous suffira de montrer, au moyen des chiffres ci-après, le peu de résistance, au moment de leur abandon, des enfants nouveau-nés confiés à l'Assistance Publique, la rapidité avec laquelle ils succombent dès leur entrée dans le service, ce qui tend à confirmer de la façon la plus incontestable l'inefficacité des moyens mis en œuvre pour assurer leur survie et l'impossibilité absolue, dans une foule de cas, de réparer le mal originel, cause de leur décès.

Cette constatation ne saurait surprendre, si nous ajoutons que, d'après les déclarations des parents, l'abandon n'a fréquemment d'autre motif que l'état pitoyable de l'enfant.

Voici, à l'appui de ces observations, le nombre d'enfants nouveau-nés ayant vécu moins de quinze jours après leur admission.

	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Ayant vécu de 0 à 5 jours.....	15	8	8	18	13	13	11	6	9
de 5 à 10 jours..	27	27	34	37	41	19	29	21	26
de 10 à 15 jours.	49	90	77	121	92	102	99	65	60
	91	125	119	176	146	134	139	92	95
Nombre total des décès de 0 à 1 an	273	273	325	462	373	483	332	252	295
Proportion p. °/₀.	33,33	46,30	36,61	38,09	39,14	27,66	41,56	36,50	32,20

Si nous récapitulons les résultats qui précèdent, nous constatons que la moyenne des décès de 0 à 1 an, causés par les affections héréditaires ou congénitales s'est élevée au chiffre énorme de 49,30 %; que la moyenne des enfants de 0 à 1 an, décédés dans les quinze premiers jours de leur admission a atteint la proportion de 36,40 %.

Ces deux chiffres indiquent suffisamment, sans que nous ayons besoin d'y insister, que la mortalité des pupilles nouveau-nés des Bouches-du-Rhône est due dans la proportion de moitié à des causes antérieures à l'entrée de l'enfant à l'Assistance Publique et — disons-le — antérieurement même à la naissance de l'enfant.

Il serait donc superflu de chercher à combattre cette mortalité par des moyens quelconques, en ce qui concerne les 50 % des

enfants décédés, alors que le mal auquel ils succombent est irrémédiable et que la science médicale, les mesures prises à la Crèche Départementale sont impuissantes à réagir contre des tares irréparables et mortelles au moment où l'Assistance Publique est à même de les constater.

Procéder ainsi équivaudrait à combattre un incendie lorsqu'il n'est plus temps, alors qu'il eût été possible et facile de prendre les mesures préservatrices pour l'empêcher de se déclarer.

Mesures propres à combattre efficacement la mortalité des pupilles nouveau-nés confiés à l'Assistance Publique

Deux moyens de présentent pour lutter efficacement contre la mortalité qui décime les nouveau-nés confiés à l'Assistance Publique et remédier à la situation lamentable dont nous venons d'exposer les grandes lignes.

L'un de ces moyens s'applique à l'ensemble des enfants abandonnés à leur naissance.

Le second vise ceux de ces enfants — c'est actuellement le petit nombre — qui, ayant quelque chance de survie, sont placés en nourrice à la campagne.

Examinons le premier de ces moyens, de beaucoup le plus urgent.

M. Rouveyre, Inspecteur départemental de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône, qui dirige depuis 14 ans ce service avec une compétence et un dévouement dignes de tous les éloges, l'a maintes fois préconisé, ainsi que ses rapports annuels en font foi.

Il consiste à créer dans l'ordre logique où ils doivent produire leurs résultats deux établissements distincts :

1° *Un Asile Ouvroir,* destiné à recevoir les femmes ou filles enceintes, dès que leur grossesse devient apparente, avec la garantie du secret le plus absolu, s'il est réclamé;

2° *Un Refuge Maternel,* destiné à recueillir la mère et l'enfant à leur sortie de la Maternité, pour, ce dernier, être allaité par sa mère pendant six mois au moins.

Pour ne parler présentement que de ces deux moyens proposés, le second seulement a été réalisé dans les Bouches-du-Rhône. Or, l'interversion apportée dans la réalisation de ces deux projets essentiels est de nature à en compromettre — et en compromet, comme on a pu le voir plus haut — en grande partie les résultats.

Loin de notre pensée de vouloir soutenir par là l'inutilité du « Refuge Maternel », bien au contraire. Cet établissement, qui fonctionne normalement depuis deux ans, rend les plus signalés services, puisqu'il assure l'allaitement maternel à de nombreux enfants qui, sans lui, seraient, pour un bon nombre, condamnés à l'abandon, et, souvent, à une mort probable. Mais, « L'Abri Maternel » ne remédie au mal que dans une faible mesure.

Il ne devrait être, en effet, que le complément naturel de l' « Asile Ouvroir », le suivre et non le précéder, car il ne constitue pas, à lui seul, la mesure préventive contre les affections héréditaires ou congénitales, qui sont les causes les plus graves de la mortalité.

L'interversion fâcheuse dans l'ordre de réalisation des deux projets est due, nous le savons, à la facilité qu'a rencontrée la création de « L'Abri Maternel », qu'il a suffi d'installer dans les splendides locaux nouvellement affectés à la Crèche Départementale, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille, alors que la création de « L'Asile Ouvroir », pour femmes enceintes, nécessitait la construction d'un bâtiment spécial, une organisation appropriée, un personnel *ad hoc,* le tout se traduisant par une dépense considérable. Ce projet n'est pas abandonné, mais subit des

retards provenant, soit du choix de l'emplacement, qui gagnerait à être dans les dépendances de la Maternité hospitalière de la Belle-de-Mai, soit de la création des importantes ressources nécessaires.

« L'Asile Ouvroir », c'est-à-dire le Refuge pour femmes et filles enceintes, dès que leur grossesse devient apparente et constitue une gêne pour la future mère, est, en effet, ne l'oublions pas, le remède préventif par excellence, car, la plupart des affections qui déciment les nouveau-nés sont dues à la situation vraiment lamentable résultant pour la fille enceinte de son état de grossesse qui la met dans l'impossibilité absolue de subvenir à ses besoins.

Qu'on veuille bien réfléchir à ce que doit être cette situation, pour la fille éloignée de sa famille, laquelle ignore le plus souvent sa faute, dans une ville comme Marseille, où l'existence, déjà difficile quand on travaille, devient impossible dès qu'on est privé de son salaire.

C'est à ce moment critique que la vie du pauvre petit être qu'elle porte dans son sein est le plus exposée. La fille enceinte, réduite à la misère, au dénûment, à toutes les privations, désirant se soustraire au déshonneur, a recours à tous les moyens pour se débarrasser de son fardeau : la tentative d'avortement est celui auquel elle recourt dans bien des cas. Si cette tentative aboutit, c'est un enfant supprimé qui contribue à aggraver la dénatalité dont souffre notre pays et qui devient pour lui un danger des plus sérieux. Si elle échoue, c'est le mort-né, bien souvent, qui en est le résultat, ce qui revient au même, mais aussi, fréquemment, l'enfant infirme, chétif, débile, malingre, non viable, dont nous venons de voir plus haut la nécrologie. Ajoutons à ce bilan, l'enfant syphilitique, puisque la fille enceinte, réduite à la misère, ne sachant où se réfugier et où se procurer de quoi vivre, se livre trop souvent à la prostitution clandestine.

Nous voyons quels sont les fruits que produit un semblable état de choses.

Ajoutons à cette énumération le taudis habité par la fille enceinte, foyer de tuberculose, les privations qu'elle subit jusqu'à la dernière quinzaine de sa grossesse, c'est-à-dire, jusqu'à son entrée à la Maternité, et nous aurons l'explication de l'état sanitaire des enfants nouveau-nés apportés à l'Assistance Publique.

Cette rapide analyse ne suffit-elle pas, à elle seule, pour démontrer la nécessité urgente, absolue, d'un Refuge où la fille enceinte pourrait, dès que sa grossesse peut être médicalement constatée, être recueillie, où elle trouverait toute sécurité pour elle et son enfant : un régime hygiénique approprié, une nourriture saine et abondante, enfin, tous les soins que comporte la médecine intra-utérine.

Tel est le remède le plus urgent, dans le milieu où se recrute le personnel pupillaire de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône. Toutes les mesures postérieures à la naissance de l'enfant ne sont que des palliatifs, des moyens trop tardifs, inefficaces pour combattre la mortalité des nouveau-nés.

Est-ce à dire que là devrait se borner l'effort en vue de lutter contre cette mortalité ? Non.

Il faudrait s'appliquer à réduire dans la plus large mesure le nombre des naissances illégitimes et, pour cela faire, remonter vers la source même du mal. La naissance illégitime, quoi qu'on puisse en penser et abstraction faite de toute conception d'ordre philosophique, ne saurait améliorer la race, en raison même de l'état d'infériorité morale, de déchéance, que crée à la fille-mère l'organisation actuelle de notre Société.

Toute grossesse qui peut être considérée comme une tache, comme une tare morale ou un déshonneur, ne saurait porter un fruit sain et robuste.

Tant qu'on ne sera pas arrivé à considérer la fille-mère au seul point de vue maternel, tant qu'on lui imputera à crime sa faute, dont elle est parfois plus ou moins responsable, tant qu'on l'obligera ainsi à dissimuler sa grossesse, à supprimer l'enfant, cause de ses tourments et de ses souffrances — et cette réforme de nos mœurs n'est pas près d'être réalisée — il sera préférable et nécessaire de s'appliquer à réduire le nombre des naissances illégitimes.

Nous ne pouvons que constater la dissolution des mœurs sans cesse croissante à Marseille. Que d'unions illégitimes ne compte-t-on pas dans cette grande ville cosmopolite ?

Le nombre des enfants qui sont remis à l'Assistance Publique par suite de la séparation volontaire des époux n'est malheureusement que trop élevé.

Les moyens à mettre en œuvre dans ce but sont multiples : lutter contre le dépeuplement des campagnes. Les Pouvoirs Publics s'y appliquent de leur mieux, car ce dépeuplement est une des causes initiales de dépopulation.

Les régions rurales, montagneuses, voisines des grandes villes industrielles, se désertent chaque jour au profit de ces dernières. Les jeunes filles, notamment, viennent chercher dans les grandes agglomérations, du travail, qui, souvent, leur est peu profitable, et y sont victimes de leur inexpérience, de fréquentations faciles et dangereuses. C'est parmi elles, surtout, que se recrutent les filles-mères.

En attendant que la lutte contre le dépeuplement des campagnes ait commencé à porter ses fruits, en attendant que le nombre des filles isolées, perdues dans les grandes villes, sans protection, sans conseils, sans soutien, ait été réduit à sa plus simple expression, il conviendrait d'opposer à l'état actuel des choses un remède immédiat. Ce remède consisterait à multiplier dans les grandes villes les œuvres de protection de la jeune fille, où celle-ci pourrait être reçue, passer ses heures de loisir, s'y distraire

honnêtement et sainement, y recevoir de bons conseils, de bons exemples et la protection de personnes honorables et prévenues contre les dangers auxquels est exposée la jeune fille dans le milieu populeux où elle est appelée à travailler et à vivre.

Une étroite surveillance de l'exercice de la profession de sage-femme permettrait également de réduire le nombre trop considérable de celles qui vivent presque uniquement de l'avortement.

Dans un autre ordre d'idées, il importerait de pourchasser la prostitution clandestine, propagatrice de la syphilis, l'un des plus terribles fléaux de notre temps et cause si fréquente de mortinatalité. Multiplier, en outre, les Dispensaires gratuits ouverts aux syphilitiques.

Enfin, la tuberculose, qui n'est pas moins funeste aux nouveau-nés, devrait, elle aussi, être combattue énergiquement par l'amélioration des nombreux logements insalubres qui, dans les grandes villes, et en particulier à Marseille, et par ce temps de crise de logement, sont le lot des pauvres gens.

A ces remèdes, qui forment un faisceau inséparable, ajoutons celui qui les domine tous, puisqu'il est placé à la source même du mal.

Nous voulons parler de la réforme des mœurs à l'époque où nous vivons. La morale déserte trop souvent le foyer du pauvre, et l'enfant, la jeune fille, arrivés à l'âge où les dangers les guettent, sont insuffisamment armés contre ces dangers par une promiscuité, une éducation trop souvent mauvaises et des exemples pernicieux.

Les autres moyens préconisés en vue de combattre la mortalité des pupilles nouveau-nés visent ceux de ces pupilles — actuellement en petit nombre — que leur développement normal permet de confier à des nourrices à la campagne.

Ces moyens sont de plusieurs sortes :

1° Création de centres d'élevage;

2° Amélioration de la surveillance médicale instituée par la loi Roussel.

La création de centres d'élevage est à l'ordre du jour. Ces centres d'élevage ont pour but de simplifier et de faciliter la surveillance des nourrissons, soit par des inspections médicales, soit par des dames visiteuses spécialement désignées à cet effet.

Le Service de l'Assistance Publique des Bouches-du-Rhône ne s'est nullement désintéressé de cette question, désireux qu'il est d'user de tous les moyens propres à réduire la mortalité infantile. M. le docteur CASSOUTE, Médecin en Chef de la Crèche Départementale, a fait de cette question une étude approfondie. Cette étude a naturellement porté sur quelques communes des Bouches-du-Rhône, offrant seules les avantages d'un climat favorable, d'un degré d'aisance suffisant, et, partant, de la propreté et de l'hygiène des habitations.

Sa tentative a abouti à un échec complet, mais, eût-elle abouti, que les salaires exhorbitants demandés par les nourrices eussent empêché la réalisation de ce projet.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que ces salaires, dans les communes des Bouches-du-Rhône, atteignent les prix excessifs de 300 à 350 francs par mois au sein et 180 à 200 fr. par mois au biberon, plus les frais accessoires qui peuvent se chiffrer par 25 à 50 francs par mois.

Comment l'Assistance Publique pourrait-elle songer, avec ses ressources et ses moyens limités, à créer des centres d'élevage dans des communes où les familles aisées, qui font à volonté de la surenchère sur les salaires des nourrices, ne peuvent elles-mêmes s'en procurer. Cela est si vrai que le service de la Protection du premier âge dans le département des Bouches-du-Rhône a constaté en 1923 le placement en nourrice de 206 enfants seulement, alors qu'il y a dix ans, ce nombre atteignait le chiffre de 1.026.

Pourrait-on créer ces centres d'élevage dans les communes des agences de placements des Alpes, de l'Ardèche et de la Drôme ? La question a été examinée attentivement et résolue par la négative.

La dissémination des habitations, leur installation anti-hygiénique, et souvent insalubre, rendraient cette réforme inopérante, si toutefois un nombre suffisant de placements pouvait être trouvé dans une même commune, ce qui n'est rien moins que certain, étant donné le bien-être qui règne chez le paysan et la tendance de moins en moins marquée qu'il manifeste à faire appel à l'industrie du nourrissage pour se procurer un supplément de ressources dont il n'a plus besoin.

Depuis la guerre, les cultivateurs jouissent pour la plupart d'une certaine aisance, et ne veulent prendre que nos pupilles âgés de plus de 13 ans qui ne sont plus astreints à la fréquentation scolaire et qui peuvent les aider dans les travaux des champs. Aussi, avons-nous de réelles difficultés à trouver des placements pour nos pupilles en bas âge.

Dans de telles conditions, nous estimons que la création de centres d'élevage, destinés aux pupilles nouveau-nés des Bouches-du-Rhône, est impraticable et qu'en somme, le mode de placement jusqu'ici adopté, est le seul qui puisse s'adapter aux régions où sont situées les agences de ce service.

Et ces régions, nous l'avons dit, sont montagneuses, c'est-à-dire difficilement accessibles et ne permettant, par suite, l'application de la loi Roussel que dans des conditions tout à fait insuffisantes. Les difficultés des communications, la neige pendant plusieurs mois d'hiver, les intempéries, sont autant d'obstacles qui rendent difficile et inefficace la surveillance médicale instituée par la loi du 23 décembre 1874. Les visites effectuées sur place trimestriellement par les Inspecteurs et Sous-Inspecteurs de l'Assistance Publique, ainsi que par les Directeurs des Agen-

ces ne sauraient suppléer à l'insuffisance de la survillance des médecins.

Nous sommes, par suite, obligés de constater que le projet conçu par M. le docteur CASSOUTE, Médecin en Chef de la Crèche Départementale, projet qui consiste à garder à la Crèche Départementale les enfants jusqu'à six mois, se trouve amplement justifié, par ce qui précède, si nous ajoutons que les fatigues d'un transport à plus de 200 kilomètres en chemin de fer, en automobile ou à pied, sont bien de nature à ébranler la santé d'un jeune enfant et à l'exposer à de multiples dangers.

Conclusions

Les mesures préconisées pour remédier à l'état de choses que nous venons d'exposer sont de trois ordres :

1° Celles antérieures à la conception;

2° Celles protectrices de la mère et de l'enfant au cours de la gestation;

3° Celles postérieures à la naissance de l'enfant.

Les premières, d'ordre purement moral, consistent à améliorer les mœurs actuelles, à lutter contre la vague d'immoralité qui submerge les grandes agglomérations, à protéger la jeune fille isolée loin de sa famille, et à lui offrir un refuge et de saines distractions en dehors de ses heures de travail; à lutter contre la prostitution clandestine, propagatrice de syphilis, et contre le taudis, foyer de tuberculose. Multiplier le nombre des dispensaires gratuits pour les affections syphilitiques, créer des sanatoria pour les tuberculeux et des établissements d'isolement pour les enfants de familles tuberculeuses. Ces mesures auraient au nombre de leurs résultats certains, celui de réduire le nombre

des naissances illégitimes, parmi lesquelles la mortalité fait le plus de victimes.

Au cours de la gestation, la mesure la plus urgente consiste à créer, sans plus de retard, un *Asile Ouvroir* pour femmes enceintes, largement ouvert à toute femme, à toute fille, dès que sa grossesse peut être médicalement constatée, avec la garantie du secret s'il est réclamé.

Une règlementation plus étroite de l'exercice de la profession de sage-femme, en vue de réduire le nombre des avortemnts que leur récente correctionnalisation sera impuissante à combattre avec une efficacité suffisante.

Après la naissance de l'enfant, le REFUGE MATERNEL tel qu'il fonctionne à Marseille offre les meilleures garanties pour ceux dont les mères sont dans la détresse, et chez lesquelles, cependant, l'instinct maternel ne demande qu'à se développer. Il suffirait de donner à ces sortes de Refuges toute l'ampleur désirable, de façon à réduire dans la plus large mesure le nombre des abandons.

Améliorer la loi Roussel et en étendre les effets à tous les enfants naturels même allaités ou gardés par leurs mères.

Seconder la fille-mère dans une mesure telle que l'assistance temporaire soit pour elle une aide réelle et efficace et lui permette de garder et de soigner elle-même son enfant, ou de le confier aux crèches maternelles au cours de ses heures de travail.

Les centres d'élevage sont, ainsi que nous l'avons démontré, d'une création difficile dans les régions où l'Assistance Publique place ses pupilles, impossible dans les régions aisées, en raison de la difficulté de se procurer des nourrices aux prix provoqués par la surenchère des familles.

Le maintien du pupille nouveau-né à la Crèche Départementale pendant les six premiers mois paraît offrir les garanties

d'hygiène, d'alimentation et de sécurité qu'on ne saurait trouver chez les nourrices à la campagne. Il convient, à notre avis, de persister dans cette méthode..

Telles sont les réflexions que nous a suggérées la mortalité actuelle des pupilles des Bouches-du-Rhône, au cours de la première année. Telle est l'œuvre de longue haleine dont la réalisation permettrait de réduire cette mortalité.

Toute initiative en dehors de ce programme serait vouée à un échec certain. C'est là notre intime conviction.

Puisse ce travail, dont la sincérité et l'exactitude sont les seuls mérites, faciliter, hâter les réformes nécessaires en vue de protéger l'existence de jeunes enfants, et les conserver au pays à l'heure où il en a le plus besoin.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

La Mortalité des pupilles des Bouches-du-Rhône au cours de leur première année
Ses causes. — Ses remèdes

Par M. Edmond LE BAIL

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 28 mars 1924.

Le Professeur,
LEENHARDT.

Vu :

Montpellier, le 29 mars 1924.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 29 mars 1924.

Jules COULET.